Lane Medical Library

Über die klinische Bedeutung der Wanderniere.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königl. Universität zu Greifswald

am

Freitag, den 27. Juli 1894

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Banner

aus Dabrowa (Posen).

Opponenten:

Herr Dr. Herda.

Herr Dr. Lehmann.

Greifswald.

Druck von F. W. Kunike.

Meinem lieben Vater

und

dem Andenken

meiner teuern Mutter

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0356

Während die angeborenen Lageanomalieen der Niere schon frühzeitig bekannt waren, hat erst François Pedemontanus[1]) die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die erworbenen Ortsveränderungen der Niere gelenkt. Doch auch von da an betrachtete man diese Varietäten nur als nebensächlich und legte ihnen in der Pathogenese keine besondere Bedeutung bei. Der erste, welcher die „Wanderniere" in ihrem Zusammenhang mit klinischen Symptomen erkannte, war Riolan[2]). Er wies auf die Bedeutung hin, welche die Lageveränderung der Niere bezüglich ihres eigenen Schicksals wie bezüglich der Reflexerscheinungen seitens der Verdauungsorgane hat. Seit der Zeit hat sich das Interesse immer mehr dieser Affektion zugewendet und besonders in jüngster Zeit hat die Litteratur einen ganz bedeutenden Umfang angenommen.

Im Folgenden soll nun im Anschluss an einen jüngst in der Klinik des Herrn Geheimrats Mosler beobachteten Fall eine Übersicht über den heutigen Stand der Lehre von der Wanderniere gegeben werden, wobei jedoch, entsprechend den Absichten meines ver-

1) Mesué, opera omnia Venetiis 1581.

2) Riolani, Encheiridium anatomicum et pathologicum Lugd. Batav. 1649.

ehrten Lehrers das Hauptgewicht auf die klinische Bedeutung, die Symptomatologie, gelegt werden soll.

Krankengeschichte.

Frau Auguste H., 34 Jahr alt; ihr Vater starb an Lungenschwindsucht, ihre Mutter an Mammacarcinom. In ihrer Kindheit machte sie nur einmal die Masern durch und blieb von anderen Krankheiten völlig verschont. In ihrem 18. Lebensjahre traten zum ersten Mal die Menses auf, die von mittlerer Stärke und ohne Schmerzen waren. Vor ca. 7 Jahren glitt sie beim Gehen aus, fiel auf den Rücken, nahm aber keinen besonderen Schaden und Patientin glaubt diesen Unfall in keiner Weise mit ihrem jetzigen Zustand in Zusammenhang bringen zu dürfen. Vor ca. 8 Jahren verheiratete sie sich; sie gebar zunächst 2 Kinder, die beide als 6 Monate alte Frühgeburten zur Welt kamen. 3 Jahre nach ihrer Verheiratung erkrankte sie an Unterleibstyphus, von dem sie sich aber bald erholte. Das letzte Kind wurde im Januar 1893 durch Kunsthilfe geboren; dasselbe lebt und ist gesund. Welcher Art die Kunsthilfe gewesen ist, vermag die Patientin nicht anzugeben, da die Operation in Narkose ausgeführt wurde. Ein bei der Geburt entstandener Dammriss wurde 8 Tage nachher genäht. Das Wochenbett verlief im allgemeinen normal, Patientin blieb noch ca. 3 Wochen zu Bett, fühlte sich sehr bald nach der Geburt völlig wohl und konnte auch ihrer Häuslichkeit bald wieder nachgehen. Doch dauerte dieser Zustand nur einige Wochen an. Patientin litt dann

des öfteren an Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgegend und zuweilen auch an anfallsweis auftretenden, ziehenden und reissenden Schmerzen in der rechten Nierengegend. Alles dies steigerte sich in der Folgezeit mehr und mehr, sodass Pat. sich genötigt sah, einen Arzt zu konsultieren. Derselbe verordnete Eisenpillen, die jedoch ohne Wirkung auf den Zustand der Pat. blieben. Zeitweise hörten die Beschwerden von selbst auf, kehrten aber immer nach kurzer Zeit zurück. Im weiteren Verlauf nahmen sogar die Erscheinungen an Intensität zu und es trat noch ohne äussere Ursache ein gewisses Druckgefühl auf die Blase und Harndrang auf. Patientin suchte zum 2. Male den Arzt auf, doch hatte auch diesmal seine Therapie keinen dauernden Erfolg. So blieb der Zustand auch im neuen Jahr, erst vor etwa 8 Wochen bemerkte Patientin unterhalb des rechten Rippenbogens eine bewegliche, auf Druck etwas empfindliche Geschwulst. Jetzt konnte die Diagnose „Wanderniere" gestellt werden. Auf den Rat des Arztes liess sie sich in die hiesige Klinik aufnehmen.

Status praesens.

Patientin ist von kleiner Statur, mässig entwickelter Muskulatur, Fettbildung sowie kräftigem Knochenbau. Sie macht im ganzen einen gesunden Eindruck.

Einmal von dem Vorhandensein einer Geschwulst im Leibe überzeugt, wird Patientin den Gedanken an dieselbe nicht mehr los, zumal sie dieselbe als eine

lebensgefährliche Erkrankung ansieht; ihre Stimmung ist dementsprechend meistens deprimiert, auch leidet der Schlaf oftmals infolge der quälenden Vorstellungen. Zudem klagt Pat. besonders des Abends über heftige Kopfschmerzen, die die Mitte des Kopfes einnehmen und von hier vorzugsweise nach der linken Schläfe sich hinziehen. Die reissenden und ziehenden Schmerzen im Unterleib sind zeitweise auf den Ort ihrer Entstehung lokalisiert, oftmals strahlen sie aber auch nach dem Kreuz oder den Schenkeln aus. Dass eine Verstärkung der genannten Beschwerden zur Zeit der Menstruation eintrete, glaubt sie nicht angeben zu dürfen. Objektive Zeichen von gestörter Sensibilität und Motilität lassen sich nicht nachweisen.

Der Appetit der Patientin ist zur Zeit vermindert, der Stuhlgang jedoch wie auch früher stets regelmässig und von normaler Beschaffenheit. Bei der Palpation des Abdomens, die wegen ihrer Schmerzlosigkeit und der Nachgiebigkeit der Bauchdecken leicht auszuführen ist, lässt sich in der Mitte zwischen sp. ossis ilei und Nabel eine etwa bohnenförmige, mit ihrer Convexität nach unten sehende Geschwulst abtasten. Der Längendurchmesser des Tumors mag ungefähr 10, der Breitendurchmesser ca. 6 cm betragen. Die Geschwulst entgleitet leicht den palpierenden Fingern und lässt sich ohne Schwierigkeit bis unter den Rippenbogen verschieben, kehrt aber alsbald beim Nachlassen des Druckes in ihre frühere Lage zurück. Auch bei Lageveränderung der Patientin wechselt die Geschwulst in mittleren Exkursionen ihren Ort. Von

diesem Tumor ausgehend lässt sich ein mit der kräftig pulsierenden Aorta in Verbindung stehender schmaler Strang palpieren; zuweilen glückt es auch in diesem Pulsation wahrzunehmen.

Die Leber hat ihre normale Lage inne; in der Mammillarlinie schliesst der untere Rand mit dem Rippenbogen ab und überragt ihn in der Mitte um ca. 4 cm.

Abgesehen von einem gewissen Eingesunkensein der Clavikulargruppen lässt sich eine pathologische Veränderung im Respirationstractus nicht nachweisen, weder besteht Husten, noch ist sonst die Atmung in irgend einer Weise beschwert.

Die Herzdämpfung hält sich in den normalen Grenzen: oben: oberer Rand der 4. Rippe, rechts: linker Sternalrand, links: 2 Fingerbreit vor der Mammillarlinie. Der Herzspitzenstoss ist deutlich wahrnehmbar; bei der Auskultation hört man über dem ganzen Herzen ein mässig starkes systolisches Geräusch, das an Intensität zunimmt, je näher man dem 3. Interkostalraum kommt. Der Puls ist leidlich kräftig, seine Frequenz ist 72.

Der Urin hat eine rötlich gelbe Farbe, ist leicht getrübt, reagiert neutral und hat das spec. Gewicht 1020. Eiweiss und Zucker ist nicht vorhanden.

Diagnose: Wanderniere.

Therapie: Überernährung durch kohlenhydrathaltige, fette Speisen, Milch, Leberthran, Anlegung einer Bandage.

Normale Anatomie.

Um die Entstehung der Wanderniere zu verstehen, muss man zunächst die normale Lage und die physiologischen Befestigungsmittel der Niere ins Auge fassen.

Die Nieren liegen an der hinteren Fläche der Abdominalwandung, neben den Querfortsätzen der Wirbelsäule mit ihrem Innenrande etwa 7 cm von der Medianlinie entfernt; sie reichen beiderseits vom unteren Rande des elften Brustwirbels bis zum unteren Rande des 2. Lendenwirbels. Im Allgemeinen werden diese Angaben durch den Leichenbefund bestätigt, doch kommen auch geringe Schwankungen vor, sodass man obige Bestimmung auf die mittlere Lage[1]) beziehen muss. Ob eine respiratorische Verschiebung der Niere noch innerhalb der physiologischen Breite liegt, oder ob sie bereits als pathologisch zu betrachten ist, bleibt auch in der neuesten Zeit eine offene Frage. Während verschiedene Autoren die Lageveränderung einer völlig normalen Niere während der Inspiration strikte leugnen[2]), sind doch auch manche der Ansicht, dass eine Verschiebung der Niere durch die Zwerchfellaktion auch unter völlig physiologischen Verhältnissen vorkommt, wobei freilich zu bemerken ist, dass diese transitorische Dislokation nicht der Palpation zugänglich zu sein braucht. Das freilich wird man jedenfalls zugeben

1) Pansch, Über die Lage der Nieren Archiv für Anatomie und Physiologie 1876.

2) Lindner, die Wanderniere der Frauen, Neuwied 1888. Landau, die Wanderniere der Frauen, Berlin 1881. Pansch, a. a. O.

müssen, dass es sich da, wo die Lageveränderung bereits für die palpierende Hand deutlich wahrnehmbar ist, stets um eine pathologische Veränderung handelt. An ihrer oben näher bezeichneten Stelle wird die Niere durch direkte wie indirekte Befestigungsmittel fixiert. Zu den ersten gehört die Capsula adiposa. Die Lamina fibrosa der Fascia propria peritonei teilt sich dicht vor dem Aussenrande der Niere in zwei Blätter, von denen das vordere in feste Verbindung mit dem Peritoneum tritt, das hintere mit der Bauchwand durch lockeres Bindegewebe verbunden wird. Beide Blätter vereinigen sich oben, unten und am Hilus wieder mit einander, die Gefässe dicht umspinnend, gewissermassen ein lig. suspensorium renis bildend[1]). Zwischen dieser Kapsel und der Tunica propria liegt beim Embryo und jugendlichen Individuum lockeres, weitmaschiges Gewebe, das sich erst in späteren Lebensjahren (8—10 ca.) mit Fett füllt. In diesem Fettpolster eingebettet, ist die Niere vor Insulten sehr gut geschützt. Mittelbar wird die Niere ausserdem noch — nach oben und unten — von dem nicht immer deutlich entwickelten Mesocolon des Dickdarmes und besonders durch die aus den gut fixierten grossen Bauchgefässen entspringenden Nieren- Arterien und -Venen fest gehalten. Dazu kommt noch als wesentliches und besonders später in der Pathogenese nicht zu unterschätzendes Moment der intraabdominelle Druck. Diesem dürfte, wie bei allen Bauchorganen, so auch

1) Englisch: Über primäre Hydronephrose, deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1879.

bei den Nieren eine sehr grosse, wenn nicht die grösste Bedeutung zuzuschreiben sein. Zudem liegt die Niere grade dem Teil der Wirbelsäule an, welche bei allen Rückgratsverbiegungen die geringste Exkursion zeigt[1]), ist also insofern vor Lageveränderungen durch ausgiebige Körperbewegungen sehr geschützt.

Verlässt nun die Niere diesen ihren Ort, so bezeichnet man diesen Zustand als Wanderniere, Ren mobilis. Nach dem Vorgang von Litten[2]) sollen auch hier 3 Stadien unterschieden werden. 1) Die Niere liegt an normaler Stelle, zeigt eine deutlich palpable respiratorische Verschiebung. 2) Sie hat ihre physiologische Lage verlassen, ist an ihrem neuen Ort beweglich und reponierbar. 3) Sie ist an pathologischer Stelle fixiert. Dieser letzte Zustand kommt meist angeboren vor; ist er erworben, dann hat man sich die Fixation als durch sekundäre, lokale Entzündung entstanden zu denken.

Abgesehen von diesem — immerhin seltenen — letzten Grade ist die Dislokation demnach nicht dauernd, feststehend. Wie weiter unten noch eingehender auseinandergesetzt werden soll, ist die Lageanomalie nicht auf einen, irgendwie auf die Niere ausgeübten Zug zurückzuführen, sondern man hat sich ihre Entstehung so zu denken, dass die Niere, sobald ihre normale Befestigung ganz oder teilweise sich gelockert hat, lediglich durch ihre Schwere tiefer sinkt. Man darf des-

1) Meyer, Statik und Mechanik.

2) Litten, Verhandlungen des Congresses für innere Medizin 1887.

halb nicht erstaunt sein, wenn man bei der Obduktion für die am Lebenden gestellte Diagnose keine sofortige Bestätigung findet. Es ist nach obigem erklärlich, dass in Rückenlage — speciell bei dauernder Innehaltung derselben, wie es doch meist im Krankenbett die Regel ist — wo die Wirkung der Schwere wegfällt, auch die Dislokation meistenteils korrigiert wird. Daher darf es auch nicht Wunder nehmen, dass die Sektionsprotokolle selbst der grössten Institute nur einen ganz minimalen Bruchteil ihrer Obducierten als mit Wanderniere behaftet bezeichnen. Denn da die Wanderniere nur in Ausnahmefällen zum Tode führt, liegt für den Pathologen keine Veranlassung vor, den Grad der Beweglichkeit der Nieren besonders zu prüfen.[1]) Und das wäre ja, wie bereits erwähnt, die einzige Möglichkeit, die Wanderniere auch am Toten zu konstatieren; abgesehen wiederum von den Fällen, wo die Niere in ihrer Dislokation durch Adhäsion fixiert ist.

Pathologische Anatomie.

Aus den vorhandenen Obduktionsberichten lässt sich nun im allgemeinen folgendes Bild für die nicht reponierte Wanderniere geben. Gewöhnlich liegt sie in der Gegend des 2. bis 5. Lendenwirbels und zeigt meist gleichzeitig eine Drehung ihrer Axe; der Hilus sieht allermeist schräg nach oben innen, manchmal direkt nach unten[2]) oder oben[3]); selten ihr unteres

1) Landau a. a. O.

2) Urag, interessanter Fall einer beweglichen Niere. Wiener mediz. Wochenschrift 1857.

3) Mosler. Über die sog. Einklemmung der Niere. Berl. klin. Wochens. 1866.

Ende nach vorn gerichtet[1]). Entsprechend dieser Lage zeigen auch die Nierengefässe eine Veränderung; sie bilden mit Aorta bz. mit Vena cava inf. einen spitzen Winkel; sie sind meist verlängert und verengt. Der Harnleiter ist bogenförmig gekrümmt und je tiefer die Niere liegt, desto grösser muss auch die Verminderung seines Lumens infolge des Zuges und der Torsion werden. Die Niere selbst ist vielfach verkleinert gefunden worden, zeigt auch manchmal cystische Degeneration. Die Capsula adiposa weist hochgradigen Schwund des Fettgewebes auf, so dass die Niere wie in einem losen Beutel liegt.

Aetiologie.

Was nun die Aetiologie betrifft, so sind die verschiedenartigsten Umstände für das Zustandekommen der Wanderniere verantwortlich gemacht worden; haben es sich, erst neuerdings noch, selbst die hohen Absätze der Damenstiefeletten gefallen lassen müssen, neben der Schwere der Kleider als Ursache herangezogen zu werden[2]).

Von den als direkt wirkend angesehenen Momenten hat keines eine besondere Bedeutung; Tumoren der Leber und der Milz werden kaum jemals eine Wanderniere hervorrufen, und selbst Geschwülste der Nebennieren und des Pancreas spielen in der Aetiologie nur eine ganz untergeordnete Rolle, obwohl man ja a priori

1) Reyer, Traité de maladies des rens. Paris 1841.
2) Berl. klin. Woch. 1890, 31.

gegen eine derartige Wirkung nichts einzuwenden haben wird. Und in der That sind auch nur ganz vereinzelte Fälle bekannt geworden (Rayer, Bonnet), wo ein derartiger Causalnexus bestand. Dasselbe gilt auch von den Tumoren der Niere selbst.

Grössere Wichtigkeit hat schon die mit Abscedierung verbundene Caries der letzten Brust- und ersten Lendelwirbel, da durch die entzündlichen Erscheinungen, sei es in der Form der Aufweichung, sei es in der Form der narbigen Contraktur des Bindegewebes, das Lager der Niere mannigfach verändert wird; wenn man auch hier wird zugeben müssen, dass die Theorie der Wirkung der sog. Psoasabscesse grösser erscheinen lässt, als die Wirklichkeit sie bestätigt.

Zu den wichtigsten Veränderungen, welche das Nierenbett betreffen, gehört der Schwund des Fettpolsters. Wie in dem Kapitel der normalen Anatomie erörtert ist, füllt sich das weitmaschige Bindegewebe zwischen Capsula fibrosa und fascia propria peritonei schon im jugendlichen Alter mit einem dicken und dichten Fettlager, der Niere nur ganz geringe Exkursionen gestattend. Schwindet dieses Widerlager nun langsam und allmählich, so werden die bindegewebigen Züge Zeit haben, entsprechend den neuen Verhältnissen sich zu retrahieren und zu schrumpfen und so die Niere noch immer fest an ihrem Platz zu fixieren. Ist der Schwund des Fettgewebes dagegen ein rascher und intensiver, so verliert die Niere ihren gewohnten Halt und sinkt ihrer Schwere folgend her-

unter[1]). Die Wirkung dieses Umstandes wird noch erhöht, wenn aus irgend welchen Umständen allgemeine Relaxation des Peritoneums hinzukommt. Ja, die Lockerung der Parietalserosa erhält manchmal eine Bedeutung, die den Schwund des Nierenpolsters weniger wichtig erscheinen lässt und selbst schon zur Wanderniere führen kann. Abnahme der peritonealen Elasticität wird sich zunächst da zeigen, wo die gesamten Gewebe des Organismus in ihrer Reaktionskraft gelitten haben d. h. bei allen schweren, langdauernden, mit reichlichem Eiweissverlust verbundenen Krankheiten. Sodann kommen alle jene Momente in Betracht, welche die Bauchdecken übermässig ausdehnen; da sind es besonders rasch wachsende Tumoren des Unterleibs und vor allem häufige und schnell aufeinander folgende Geburten; speciell hat man wiederholten Aborten eine grosse Wichtigkeit zugesprochen[2]). Doch ist auch hier einzuschalten, was bereits bei Besprechung der Capsula adiposa gesagt ist: der gesunde Organismus hat eine ganz hervorragende Fähigkeit, sich veränderten Verhältnissen zu adaptieren. Wie es längst nachgewiesen ist, dass keineswegs, was scheinbar ganz natürlich wäre, auch bei maximaler Füllung des schwangeren Uterus eine Erhöhung des intraabdominellen Druckes eintritt, sondern

1) Oppolzer, Über beweglich. Nieren, Wien. med. Woch. 1856. Örum, Gynäkolog. og. obstetr. Meddelser 1879. Keppler, Wanderniere und ihre chir. Behandlung Anh. f. Chir. 1879.

2) Landau a. a. O. Örum a. a. O. Rollet, Path. u. Therap. d. beweg. Niere. Kuttner, Berl. klin. Woch. 1890. Schütze, Ätiol. d. Wandern. Diss. 1888.

die Volumenszunahme dieses einen Organes kompensiert wird und so das Gleichgewicht erhalten bleibt, so tritt auch nur unmittelbar nach der Geburt eine Druckverminderung ein. Schon nach ganz kurzer Zeit haben sich aber bei geeigneter Haltung die Druckverhältnisse im Abdomen so reguliert, dass eine Verlagerung der Nieren hierdurch allein nicht mehr hervorgerufen werden könnte. Nicht auf die Häufigkeiten der Geburten und Aborte an sich ist demnach das Hauptgewicht zu legen, sondern auf das Ausbleiben der lebendigen Reaktion, auf die ungenügende Retraction der gedehnten Weichtheile, wie sie dann im Anschluss an Wochenbette auftritt, wenn die nötige Ruhe und Pflege fehlt. Denn so grossartig auch die compensatorische Einrichtung des menschlichen Organismus ist, und so prompt im allgemeinen auch die Regulierung einzutreten pflegt, so gehört doch wie überall im Leben eine gewisse Zeit zur Vollendung des Ausgleiches. Fehlt diese, so wird die Compensation ausbleiben oder ungenügend sein. Hat sich nun einmal die Schlaffheit der Bauchdeken ausgebildet und ist sie stationär geworden, dann wirken noch andere Folgezustände günstig auf die Entstehung der Wanderniere. Die Intestina prolabiren in den mehr oder weniger ausgeprägten Hängebauch und zerren direkt am Peritoneum und der mit ihm fest verbundenen Nierenkapsel, es tritt infolge der Lageveränderung der Eingeweide Sistierung der Peristaltik, Obstipation hinzu und diese wirkt ebenso wie die folgenden Punkte fördernd auf die Dislokation der Niere.

Das durch die Obstipation bedingte Pressen, heftiges häufiges Husten, Tragen schwerer Lasten, andauerndes mühevolles Arbeiten sind insofern für die Ätiologie der Wanderniere wichtig, als durch die hierbei eintretende energische Aktion des Zwerchfelles die gesamten Baucheingeweide heftig erschüttert und ihre Verbindungen gelockert werden. Auf eine Erschlaffung des Bandapparates durch Zwerchfellbewegungen hat man auch den Einfluss zurückzuführen, den man seit Cruveilhier den Corsets zuschreibt. Dass nicht, wie Cruveilhier meint, der direkte Druck schädlich auf die Fixation der Niere wirkt, erhellt daraus, dass die Nieren zum grössten Teil von starren, nicht nachgiebigen Wandungen umgeben sind; eindrückbar ist ja nur der vordere Teil der Rippen, nur hier können die sog. Schnürveränderungen, bekannt bei Leber und Milz, eintreten. Ein zu eng geschnürtes Corset wird demnach auf die Nieren nur insofern ungünstig wirken, als durch Verminderung der thorakalen Atmung das Zwerchfell zu lebhafterer Thätigkeit herangezogen werden muss und infolge der Ausschaltung eines grossen Teiles der Bauchwand bezüglich ihrer Ausdehnung eine grössere Locomotion der abdominellen Organe bedingt wird. Einem Corset, welches nur bestimmt ist, die Brüste zu tragen und für Befestigung der Kleider einen genügenden Stützpunkt abzugeben, welches demnach nur aus ästhetischen oder rein praktischen Gründen getragen und nicht zur Erzeugung der sogenannten Wespentaille verwendet wird, ist demnach eher ein günstiger als ein ungünstiger Einfluss zuzuschreiben, indem das-

selbe den grade beim weiblichen Geschlecht des Haltes bedürftigen Bauchdecken die nötige Festigkeit verleiht und somit eher zur Fixation als zur Dislocation der Baucheingeweide beiträgt. Es ist natürlich, dass man ein Leiden der Frauen durch Abweichungen der grade für die Frauen charakteristischen Funktionen zu erklären gesucht hat. Darum darf es nicht Wunder nehmen, dass man hier auch die Menstruation mit ihren Anomalieen verantwortlich gemacht hat.[1]) Die periodische Blutfülle der weiblichen Geschlechtsorgane soll reflectorisch auch eine lebhaftere Injection in den Gefässen der Nierenkapsel hervorrufen. Besonders bei dysmenorrhoischen Zuständen hochgradig, soll nun diese Circulationserhöhung zu einer Auflockerung des paranephritischen Bindegewebes führen und hierdurch eine Dislocation der Niere erleichtern. Theoretisch lässt sich diese Ansicht wohl verfechten, aber ob sie in der Wirklichkeit eine besondere oder überhaupt eine Bedeutung hat, muss bei dem Mangel an objektiven Befunden dahingestellt bleiben. Ebenso offen bleibt auch die Frage, ob und inwieweit Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter mit Wanderniere in direktem Zusammenhange stehen. Dass in einzelnen Fällen diese Abhängigkeit thatsächlich vorhanden war, ist nach den vorliegenden Berichten nicht zu bezweifeln; andrerseits ist der Bruchteil der Wandernieren, deren Entstehung lediglich auf Anomalieen der

---

1) Becquet, Archives générales de médecine 1865. Lancereaux, Articles Reins du dictionaire encycl. des sciences medicales.

Geschlechtsorgane zurückzuführen wäre, nicht so gross, dass diesen Verhältnissen ein höherer Wert als der einer Gelegenheitsursache zuzuschreiben wäre.

Trotzdem man also die verschiedenartigsten ätiologischen Momente für die Erklärung der Wanderniere herangezogen hat, bleibt doch immer ein Teil übrig, wo man keines dieser Verhältnisse trotz genauesten Examens und eingehendster Untersuchung finden kann. Es bleibt dann nichts übrig, als diese Fälle als „spontan entstanden" zu bezeichnen. Doch auch abgesehen von diesen wenigen Fällen, bleibt auch für all die anderen eine äusserst wichtige Frage offen, die Frage: Wenn der häufigen Schwangerschaft, den Menstruationsanomalieen, dem Husten, der schweren Arbeit ein so grosses Gewicht beizulegen ist, warum erkrankt dann nicht jede Frau, die unter den genannten Verhältnissen leidet, an Wanderniere, warum nur die eine und die andere nicht, während doch diese letztere oftmals den erwähnten Schädlichkeiten in weit höherem Masse ausgesetzt ist, als die erstere? Und in der That muss man die Berechtigung dieser Frage völlig anerkennen. Aber so leicht wie die Frage, so schwer ist die Antwort. Man wird eben hier wie bei allen Krankheiten und besonders denen, die auf einer Störung der normalen Bildung und Rückbildung beruhen (Hernien, Genu valgum, Skoliose), nicht umhin können, zur Erklärung die Annahme einer Disposition[1]) hinzuzunehmen. Diese, in höherem oder niederen

1) Lindner, Über die Wanderniere der Frauen. 1888.

Grade vorausgesetzt, tritt eine Dislokation der Niere ein, wenn eine oder mehrere der oben erwähnten Schädlichkeiten vorliegt. So wäre es auch erklärlich, dass das Vorkommen oder Nichtvorkommen der Wanderniere nicht von dem Grade der Schädlichkeit an sich abhängt, dass vielmehr diese Anomalie oftmals ausbleibt, wo z. B. der Prolaps der Eingeweide ganz beträchtlich ist, während sie eintritt, wo ein eigentlicher Prolaps nicht zu konstatieren ist. Worin freilich das Wesen der Disposition besteht, das ist eine Frage, die wir trotz der schärfsten Mikroskope und der ingenuösesten Tierexperimente vorläufig noch mit einem „Ignoramus" beantworten müssen. Nur das wissen wir, dass nach den übereinstimmenden Berichten aller Forscher, wenn sie auch in Einzelheiten sich oftmals widersprechen, dem weiblichen Geschlecht sowie dem 3. und 4. Dezennium[1]) des Lebensalters diese Disposition in höherem Grade zukommt. Dass die Dislokation meist die rechte Niere betrifft, liegt, wie Landau nachgewiesen hat, lediglich in den anatomischen Verhältnissen: die Befestigungsmittel der linken Niere sind allseitig straffer und fester.[2])

Symptomatologie.

Berücksichtigt man die grosse Menge und die hohen graduellen Unterschiede der Erscheinungen, welche durch Wanderniere veranlasst werden können, so ergiebt sich daraus, dass der Wanderniere ein

1) Schütze a. a. O.
2) Landau a. a. O.

eingentliches charakteristisches Bild fehlt. Oft geht die Lageveränderung ohne jegliche Symptome einher, die dislocierte Niere verursacht keinerlei Beschwerden und entweder nie oder nur zufällig entdeckt der Arzt bei dem aus irgend welcher anderen Ursache sich vorstellenden Patienten die Lageanomalie. Dieser Umstand, dass die Wanderniere oftmals symptomlos verläuft, mag der Grund gewesen sein, warum dieser pathologischen Lageveränderung in früherer Zeit eine klinische Bedeutung abgesprochen wurde; jedenfalls stehen die älteren Ärzte in schroffem Gegensatze zu denen der Neuzeit, welche nicht oft genug die Häufigkeit der Wanderniere betonen können und selbst bei den kompliciertesten Krankheitserscheinungen die Dislokation der Niere als das Primäre, als das eigentlich Wesentliche in der Pathogenese hingestellt wissen wollen. Es ist sogar behauptet worden, dass die Wanderniere die häufigste Anomalie des weiblichen Körpers sei.[1])

Zunächst sollen diejenigen Symptome, welche direkt mit der Niere in Zusammenhang stehen, hier ihre Besprechung finden. Bei den wenigen Fällen, wo die Dislokation auf ein direktes, acutes Trauma zurückzuführen ist, geben die Patienten an, im Augenblick der Entstehung das Gefühl gehabt zu haben, als wenn sich im Körper etwas „losgehakt" hätte. Mag die Dislokation auf diese oder auf eine der früher beschriebenen Arten entstanden sein, jedenfalls macht die Niere, ein-

1) Lindner a. a. O.

mal aus ihren festen Verbindungen gelöst, mehr oder weniger, je nach dem Grade der Lockerung der Befestigungsmittel die Bewegung des Patienten mit. So ist es erklärlich, dass besonders sensible und zu nervöser Hyperaesthesie veranlagte Frauen bei jeder Bewegung an die Gegenwart des Tumor erinnert, in hohem Grade beunruhigt werden. Da jeder Geschwulst im Leibe nicht nur von unintelligenten, sondern auch von hochgebildeten Frauen sehr leicht der Charakter der Malignität beigelegt wird, so kann die Wanderniere geradezu zum typischen Bild der Hysterie mit ihrem vielgestaltigen Symptomenkomplex führen. Freilich wird dieser Ausgang nicht immer eintreten; weniger traurig ist es schon, wenn dem Tumor eine nicht so gefährliche Erklärung gegeben wird. So deuten Frauen, welche geboren haben, diese Bewegung sehr oft für Kindsbewegungen und halten sich ganz besonders dann, wenn sie es zu sein wünschen, für schwanger. Oftmals werden die Bewegungen direkt als Schmerzen empfunden und entweder als Druck und Schwere im Unterleib oder als reissende und ziehende Schmerzen, sei es in der Nierengegend lokalisirt, sei es in die Umgebung ausstrahlend, angegeben. Nach der Beobachtung von Matthews Duncan nehmen dieselben in der menstruellen Epoche einen intensiveren Charakter an. Ebenso findet eine Steigerung derselben statt, sobald die Kranken längere Zeit gehen, stehen, angestrengt arbeiten, überhaupt ausgiebigen Bewegungen machen. Das Zustandekommen dieser Beschwerden findet am einfachsten seine Erklärung, wenn man die Nerven der Niere und ihrer

Umgebung als durch die Dislokation direkt gezerrt und ausgedehnt resp. reflectorisch gereizt ansieht.

Das am meisten umstrittene Capitel der Symptomatologie ist die sog. Einklemmung der Niere, ein Complex von Erscheinungen, der im wesentlichen besteht aus einer anfallsweis mit heftigen Schmerzen und schwerem Verfall des Allgemeinbefindens auftretenden Verminderung der Harnsekretion, welch letztere jedoch nach einigen Tagen ohne dauernden Nachteil zu hinterlassen, zur Norm zurückkehrt. So klar im allgemeinen das typische Bild der Einklemmungs-Erscheinungen an sich ist, so schroff standen sich die Ansichten bezüglich der Erklärung gegenüber. Ich muss mich daher darauf beschränken die entgegengesetzten Ansichten hier durch ihre Vertreter selbst wieder geben zu lassen. Es mag hier zunächst Oppenheimer[1]) das Wort gegeben werden. Er geht von folgendem charakteristischem Krankheitsbilde aus.

Krankengeschichte: 40jährige Frau, verheiratet, Mutter eines 16jährigen Sohnes, in ihrer Kindheit nie krank, machte sie vor ca. 10 Jahren einen ziemlich langdauernden Gelenkrheumatismus durch, der jedoch ohne Recidive ausheilte. Seit 8 Jahren traten in gewissen Zwischenräumen kolikartige Anfälle auf, die ich nachher schildern werde. Sie wurden zeitweilig für Gallensteinkoliken gehalten, hauptsächlich, weil einmal Icterus dabei beobachtet wurde, doch waren Steine nie gefunden worden und eine Cur in Neuenahr

1) Deutsch. med Wochenschr. 1890.

war ganz erfolglos. Die Menstruation war regelmässig, aber stets mit heftigen Kreuzschmerzen verbunden, die sich verstärkt hatten, seitdem der Patientin ein Pessar eingelegt worden war. Sie dauerte 5 bis 6 Tage; der Blutverlust war bedeutend.

Als ich die Patientin sah, bot sie, abgesehen von einer rheumatischen Facialislähmung mässigen Grades das Bild einer gesunden Frau; von Schmerzen war sie ganz frei. Wenige Tage später wurde ich zu ihr gerufen und das Bild war ein anderes. Von heftigen cardialgischen Schmerzen gequält lag sie im Bett, dabei fortwährende Übelkeit, die sich bis zum Erbrechen steigerte, sobald nur der Versuch gemacht wurde, etwas zu geniessen. Die Schmerzen waren am stärksten im rechten Hypochondrium und strahlten nach unten gegen den Uterus, in geringem Grade nach hinten zur Wirbelsäule aus. Dabei bestand fast fortwährend Harndrang, aber es entleerten sich nur wenige Tropfen eines dunkel gesättigten Urins, in dem ich ausser einem massigen Harnsäuresediment nichts Pathologisches nachweisen konnte. Das Abdomen war sehr druckempfindlich und erst eine tüchtige Morphiuminjection liess eine Untersuchung zu. Es liess sich dabei im rechten Mesogastrium deutlich ein Tumor durch Perkussion nachweisen, der von der Leber nach unten bis 5 Finger an die Crista ilei nach vorn bis zur Mammillarlinie reicht, von kugeliger Gestalt ist und die Grösse eines Kindskopfes hat. Der Palpation ist er wenig zugänglich in Folge der Spannung der Bauchdecken. Dieser Zustand dauert trotz wiederholter

Morphiumgaben ungefähr 20 Stunden, um dann plötzlich unter beträchtlicher Steigerung der Harnmenge in ziemliches Wohlbehagen überzugehen. Innerhalb weniger Stunden werden 1½—2 Nachttöpfe Harn gelassen d. h. zum wenigsten 3—4 L. Der Urin war sehr blass von hellgelber Farbe, vollkommen klar und hatte ein spec. Gewicht von 1009. Abnorme Bestandteile, Zucker, Albumen waren nicht vorhanden. Eine quantitative Bestimmung der normalen Elemente konnte ich nicht vornehmen. In gleicher Weise verlief der 2. Anfall, den ich genau 4 Wochen später beobachtete, auch die früheren Attaquen sollen in gleicher Weise verlaufen sein, nur hinsichtlich der Dauer und Intensität waren sie etwas verschieden. Manche dauerten nur wenige Stunden und dies waren die leichten, andere erstreckten sich über 8 Tage mit sehr starker Beeinflussung des Allgemeinbefindens. Bei diesen letzteren waren auch die Veränderungen im Urin am stärksten; er soll sehr spärlich und dunkel gewesen sein und Blut enthalten haben, während er in den leichteren Anfällen nur die oben beschriebene Beschaffenheit hatte; der Schluss war aber stets die starke Polyurie. Auffällig ist, dass die Anfälle häufig in der Mitte zweier Menses auftraten. Was die Veranlassung der Anfälle betrifft, so weiss Patientin nichts Sicheres zu sagen. Erst auf direktes Befragen sagt sie aus, dass sie einmal nach einem grossen Spaziergange, ein anderes Mal und zwar der letzte von mir beobachtete, nach einer ungewohnten Arbeit — sie schüttelte einen Teppich zum Fenster hinaus, — eingetreten seien. In den letzten Mo-

naten sind nun die Anfälle ausgeblieben, nachdem ich Patientin einige Wochen im Bett habe liegen lassen und eine Bandage angeordnet habe.

Für die einzelnen Erscheinungen dieses und ähnlicher Fälle giebt Oppenheimer folgende Erklärung. Durch die Dislokation der Niere kommt eine Abknickung des Ureters zu stande. Daraus ergiebt sich eine Anstauung des Harns im Nierenbecken, eine Hydronephrose und des weiteren eine Verminderung der sichtbaren Harnmenge, da nur das Sekret einer Niere nach aussen gelangt. Die Restitution tritt ein und zwar unter Abscheidung einer grossen Menge Harn, wenn sich entweder die Niere reponiert oder dadurch, dass bei zunehmender Ansammlung des Urins der Ureter ebenfalls ausgedehnt wird, bis die abgeknickte Stelle in die Dilatation hineingezogen wird und so das Hindernis im Abfluss gelöst ist. Da aber die Dislokation nur vorübergehend korrigiert, nicht aber ihre Ursache eliminiert wird, wiederholen sich die Anfälle: intermittierende Hydronephrose. Den Vorwurf, dass diese Zustände zu selten seien, als dass sie für allgemein gültig angesehen und zur Erklärung der Einklemmung überhaupt herbeigezogen werden könnten, entkräftet er auf folgende Weise. Nach seiner Ansicht liegt der Grund der Seltenheit einerseits darin, dass diese Hydronephrose oftmals eine ansehnliche Grösse nicht erreicht und sich so der Diagnose entziehen kann, andrerseits aber dürfte die Fixation des Ureters an der hinteren Bauchwand keine so feste sein, dass er nicht durch den Zug der dislocierten

Niere bei wiederholter Verschiebung freier beweglich gemacht werden könnte und so der Niere ohne Abknickung zu folgen im stande wäre.

Eine zweite Möglichkeit, durch welche bei Wanderniere eine Alteration in der Nierensekretion veranlasst werden könnte, geht von den Gefässen aus. Eine Verschiebung der Niere kann eine Abknickung oder Drehung der Nierengefässe, besonders der Vene und hierdurch eine Circulationsstörung bewirken. Tierexperimente, bei welchen die Nierenvene verlegt wurde, haben ergeben, dass durch diesen Eingriff eine Anschwellung der Niere auf das 3 u. 4fache ihres Volumens auftritt und zugleich damit eine Anurie oder wenigstens eine Oligurie, mit Ausscheidung eines sehr dunkel gesättigten Urins, der bei langdauernder oder totaler Abschnürung Blut und Eiweiss enthält. Ferner haben die Tierexperimente ergeben, dass dieselben Störungen spontan und ohne Residuen zurückgehen können und zwar tritt dann die Heilung stets unter plötzlich auftretender Ausscheidung von grossen Mengen hellen, leichten Urins auf. Diese Experimente stimmen bis in die kleinsten Details mit den Symptomen des Zustandes, den man als Einklemmung der Wanderniere bezeichnet, überein.

Im Gegensatz zu Oppenheimer glaubte Dietl die Einklemmungserscheinungen entstanden durch circumscripte peritonitische und paranephritische Entzündung, welche hervorgerufen wird, indem die luxierte Niere bei heftigen Bewegungen so zwischen die Bindegewebsmaschen eingekeilt wird, dass eine hochgradige Er-

nährungsstörung und damit Entzündung bewirkt wird. Ihm pflichtete Ebstein bei, während Gilewsky die zwischen unterster Rippe und Wirbelsäule eingekeilte Niere auf den Harnleiter drücken und es so zu Pyelitis, Hydronephrose und den oben geschilderten Erscheinungen kommen lässt. Gegen die Annahme, dass die sog. Einklemmung lediglich durch Druck auf den Ureter ausgelöst wird, sprach sich bereits im Jahre 1866 Mosler[1]) aus. Er veröffentlichte eine Krankengeschichte und ein Sectionsprotocoll, welche sich direkt gegen die Dietl'sche und Gilewsky'sche Annahme richten.

Krankengeschichte: „Patient, 33 Jahre alt, aus gesunder Familie, selbst immer gesund. Im Sommer 1854 empfand er beim Heben einer sehr schweren Kiste plötzlich in der rechten Brustseite neben der Wirbelsäule einen heftigen Schmerz mit der Empfindung, als sei etwas gerissen. Die Schmerzen währten ungefähr 14 Tage und waren besonders bei der Beugung nach vorn äusserst heftig. Im Jahre 1863 wurde er in der Nabelgegend auf eine drückende Schmerzen verursachende Geschwulst aufmerksam; Ende 1865 waren folgende Symptome vorhanden. Das Gefühl von Druck und Schwere im Unterleibe war viel mächtiger geworden und kolikartige Anfälle wiederholten sich in kurzen Zwischenräumen. In der Nähe des Nabels war eine Geschwulst zu fühlen, welche bohnenförmige Gestalt, glatte Oberfläche, elas-

1) Mosler a. a. O.

tische Resistenz hatte und schon bei leichtem Drucke nach oben reponiert werden konnte. Bei etwas stärkerem Drucke war diese Geschwulst, auch wenn sie reponiert war, sehr schmerzhaft. Der Harn war trübe, hatte saure Reaktion, Eiweissgehalt und zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine grosse Zahl Eiterkörperchen. Die angewandten Bandagen hatten trotz ihrer verschiedenen Modification keinen rechten Erfolg. Die kolikartigen Anfälle wiederholten sich und oftmals wurde er durch dieselben bis an die 14 Tage völlig arbeitsunfähig. Besonders hervorzuheben ist aber, dass diese Anfälle nicht auftraten nach besonders heftigen Anstrengungen oder reichlichen Mahlzeiten; vielmehr erschienen dieselben meist ganz plötzlich ohne nachweisbare Ursache, mitunter bei ganz ruhigem Liegen zur Nachtzeit. Seitdem die Eiweiss- und Eitermenge im Urin noch zugenommen, hat sich auch die Häufigkeit der Anfälle noch gesteigert. Es liegt nunmehr die Niere meist unterhalb des Nabels, zeigt Volumenszunahme, bei der geringsten Berührung Schmerzhaftigkeit; auch klagt Patient über kontinuierlichen Schmerz in der Nierengegend; die Urinmenge hat in der letzten Zeit etwas abgenommen und ist besonders zur Zeit der Anfälle verringert; die Reaktion ist sauer; der Eiweissgehalt bedeutend auch ausserhalb der Anfälle.

Sectionsprotocoll. Aus dem Sectionsprotocoll seien hier nur die Angaben wiedergegeben, welche sich auf die Niere selbst beziehen. Nach Aufhebung der sehr tief stehenden Leber macht sich alsbald die gleichfalls sehr tief stehende rechte Niere bemerkbar;

dieselbe ist ausserdem um ihre Axe gedreht so zwar, dass der äussere convexe Rand fast völlig horizontal nach unten gelagert in gleicher Höhe mit der Crista ossis ilei, während der Hilus nach oben und innen gerichtet ist; die Vena renalis windet sich in einem ziemlich spitzen Winkel schräg nach oben in die Vena cava inferior auf. Der Ureter ist in seinem Anfangsteile von der Niere vollkommen bedeckt, geht anfangs in einem leichten Bogen sich erhebend, nach oben über die grossen Gefässstämme und wendet sich dann normaler Weise nach der Beckenhöhle. Vene, Arterie und Ureter zeigen normale Durchmesser, weisen auch sonst keine Veränderungen auf. Die rechte Niere ist etwas kleiner wie die linke.

Es ist hier diejenige Lageveränderung der Niere dauernd vorhanden gewesen, welche Gilewsky für die Einklemmung der beweglichen Niere supponiert, ohne dass der Abfluss des Harnes gehindert, überhaupt irgend welche Veränderung in dem Ureter oder der Niere zustande gekommen wäre, trotzdem sie durch die darüber lagernde Leber in dieser Lage fixiert wurde. Sowohl dieser anatomische Befund wie obige klinische Beobachtung, bei der die eigentümlichen Zufälle nicht unmittelbar nach starker Anstrengung oder nach reichlichen Mahlzeiten eintraten, sprechen wider die von Gilewsky ausgesprochene Vermutung des Zustandekommens der sogenannten Einklemmung. Vielmehr glaube ich in unserem Falle annehmen zu dürfen, dass durch die Zerrung der Niere eine Nephritis mit Entzündung des Nierenbeckens entstanden,

wofür die dauernde Empfindlichkeit, der reiche Eiweissgehalt und das Vorkommen von Eiterkörperchen im sauren Urine spricht. Dabei kommt bekanntlich häufig die Verstopfung des Ureters durch einen Eiter- oder Schleimpfropf vor. Ob die Einklemmungserscheinungen auch ohne jede Nephritis eintreten können, kann erst entschieden werden, wenn genügend sorgfältige Harnuntersuchungen bei Einklemmung vorliegen."

Während also Gilewsky die Pyelonephritis stets als Folgezustand ansieht, will Mosler auch den umgekehrten Zusammenhang als Ursache annehmen. In der neusten Zeit hat nun Landau nach den vorhandenen Krankengeschichten und den Tierexperimenten den ganzen Symptomenkomplex und dessen Erklärung in folgender Weise aufgestellt. Nach ihm entsteht gewöhnlich nach heftigen Anstrengungen oder raschen Bewegungen bei Kranken mit Wanderniere plötzlich ein stechender Schmerz im Leibe, der sie zwingt, sich sofort niederzulegen. Sehr bald wird der ganze Leib empfindlich und aufgetrieben und ist besonders in der Gegend der vorgefallenen Niere sehr schmerzhaft. Das allgemeine Befinden selbst erscheint tief alteriert; die Kranken sind hinfällig schwindlig, bei Berührung der Nierengegend leicht zu Ohnmachten geneigt; kalter Schweiss bedeckt die Stirn, der Puls ist klein, die Respiration oberflächlich; zuweilen besteht Brechreiz; mitunter tritt auch häufiges Erbrechen ein; der Harn ist dunkel und spärlich, manchmal von beigemengtem Blut rötlich gefärbt. Nicht immer wird die Krankheit von einem Schüttelfrost eingeleitet, auch

ist das Fieber durchaus nicht hochgradig. Objectiv lässt sich, soweit es die Spannung, Resistenz und Schmerzhaftigkeit der Bauchwandung erlaubt, in der Gegend der vorgefallenen Niere eine auf die entsprechende Seite beschränkte grosse Geschwulst palpieren, welche bei der Perkussion einen matten Schall ergiebt und sich schwer verschieben lässt. In Verlauf von 1—2 Wochen verliert sich jedoch diese Geschwulst, wie alle Beobachtungen einstimmig zeigen, völlig, nachdem die bedrohlichen Erscheinungen schon am 4. bis 6. Tage ihren Höhepunkt erreicht haben. Als eins der ersten Zeichen der Genesung findet man die Exkretion eines hellen, reichlichen Harnes von geringem spec. Gewicht. Nach Landau soll nun die Entstehung durch Compression des Ureters zwar nicht ausgeschlossen sein, dagegen an Häufigkeit sehr zurückstehen gegen die zweite Ursache, die Lumensverengung, Compression oder Torsion der Nierenvene. Exacte Tierexperimente haben gezeigt, dass diese letzte Ursache thatsächlich zu allen jenen Erscheinungen führen kann, welche man als Einklemmung der Wanderniere bezeichnet. Die hohen subjectiven Beschwerden führt er dabei auf urämische Intoxication zurück. Die Sekretion der einen Niere ist sistiert, die andere vermag zunächst noch nicht kompensatorisch für sie einzutreten. Die rechtzeitige Absonderung der Stoffwechselprodukte ist verringert, es tritt Urämie ein. Er findet auch für die schon von Riolan erwähnten peri- und paranephritischen Abscesse, sowie für die sog. Fäulnis- und Abscessbildung der Niere selbst in der Annahme

einer Thrombose der Nierenvene eine zwanglose Erklärung. Der Thrombus wird eben nur darum so sehr selten zur Abscessbildung führen, weil in der Niere die Gefahr der Infection äusserst gering ist. Auch ist es ihm leicht erklärlich, wie durch die Absperrung des Nierenvenenblutes mit dem konsekutiven Nierenödem u. s. w. die peritoneale Hülle der Kapsel gezerrt und gedehnt und in sekundärer Weise peritonitisähnliche Erscheinungen ausgelöst werden.

Die genannten Symptome haben, so interessant sie auch für den Forscher sein mögen, für den Patienten wegen ihrer Seltenheit doch eine geringere Bedeutung. Für ihn stehen die Reflexerscheinungen seitens des Verdauungstractus im Vordergrunde und die meisten mit Wanderniere behafteten Kranken suchen den Arzt wegen ihrer gastrischen Beschwerden auf. Auch hier zeigt sich bezüglich des Grades der Symptome eine grosse Varietät[1]). Von leichten Verdauungsstörungen, geringer Übelkeit steigern sie sich bis zu Erscheinungen, die sich zuweilen als das ausgeprägte Bild eines schweren chronischen Intestinalcatarrhes mit Icterus und Peritonitis ähnlichen Anfällen repräsentieren. Zunächst stellen sich Störungen lediglich in der Magenverdauung ein, zu denen gehören: Appetitverminderung, Anorexie, falsches Hungergefühl, Völle und Aufgetriebenheit der Magengegend, Aufstossen, saurer Geschmack im Munde, Trockenheit desselben, brennende und ziehende Schmerzen im Scorbiculus nach dem

1) Ewald. Berl. klin. Woch. 1890.

Essen. Dazu gesellen sich im weiteren Verlaufe noch die Symptome hinzu, welche durch die Störung der Darmverdauung hervorgerufen werden: Obstipation, dauernd und dann oft mit Ansammlung steinharter, sehr schwer zu entleerender Kotballen verbunden oder mit Diarrhoe abwechselnd, Tympanitis und Flatulenz, mehr oder weniger heftige Schmerzen im Unterleibe. Im Anschluss daran entwickeln sich dann noch Folgeerscheinungen allgemein nervöser und oftmals sehr schwerer Natur: Schwächegefühl, Verdriesslichkeit, deprimierte, wechselnde Stimmung, Kopfschmerzen, Eingenommenheit des Kopfes, Schwindelgefühl, Schwere der Lider, kalte Hände und Füsse, Herzklopfen, schlechter Schlaf, Blässe und Welkheit der Haut, oftmals auch hochgradige Abmagerung.

Der Zusammenhang dieser Erscheinungen mit der Wanderniere dürfte nach dem Vorgange Littens folgendermassen zu erklären sein. Durch den Vorfall der Niere tritt eine Zerrung ihres Bandapparates ein, die wiederum einen Reiz auf die sensiblen Nerven ausübt. Diese lösen dann reflektorisch eine Störung in den Innervations- und Circulationsverhältnissen des Magens und des Darms aus; die sekretorische Function der Schleimhäute, sowie die motorische Thätigkeit der Muskulatur leidet darunter; daraus folgt eine ungenügende Verarbeitung des Magen- und Darminhaltes, Stauungen und Stockungen an verschiedenen Stellen des Verdauungstractus, Anhäufung von Zersetzungsproducten der Eiweisskörper und der Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen, welche Zeit finden in die Circulation

aufgenommen zu werden und eine Autointoxication zu veranlassen.

In gewissem Zusammenhange mit diesen Erscheinungen steht auch der besonders bei Wanderniere temporär auftretende Icterus. Man hat für seine Erklärung zweierlei Möglichkeiten. Zunächst kann man einen direkten Druck der Niere auf den ductus choledochus annehmen — und es ist nicht zweifelhaft, dass in vielen Fällen thatsächlich dieser Causalnexus bestehe —, andrerseits wird man aber auch vielfach auf den bei Wanderniere oft auftretenden Duodenalcatarrh als die Ursache des Icterus zurückgreifen müssen.

Diagnose.

Da der Wanderniere, wie bereits mehrfach erwähnt, ein specifischer, nur für sie charakteristischer Symptomencomplex fehlt, wird man zwar nach dem Bericht des Kranken manchmal Wanderniere vermuten können, die exakte Diagnose wird sich jedoch stets auf den objektiven, meist palpatorischen Nachweis der Dislokation stützen müssen. Zu dem Zweck lagert man den Patienten horizontal, lässt durch ruhiges Atmen und Anziehen der Schenkel die Bauchwand möglichst entspannen, legt die eine Hand flach in der Nierengegend auf die hintere, seitliche Thoraxwand und sucht diese möglichst nach vorn zu drängen; die andere liegt vorn parallel zum Rippenrande, flach dem Abdomen auf, sie drängt sich, jeden plötzlichen Druck vermeidend, langsam und stetig in die Tiefe. Auf diese Weise gelingt es meist leicht die Niere zu palpieren, sowie

ihre veränderte Lage und Beweglichkeit nachzuweisen. In den weitaus meisten Fällen wird man mit dieser Untersuchungsmethode auskommen. Für schwierigere Fälle ist geraten worden, die Untersuchung im Stehen, in Seitenlage oder Knieellenbogenlage auszuführen. Gegen die letztere lässt sich jedoch einwenden, dass bei ihr eine Dislokation der gesamten Eingeweide eintritt, eine Fehlerquelle, die grade bei einer die Lage der Organe feststellenden Untersuchung nicht ohne Bedeutung ist. Am wenigsten zweckmässig ist jedenfalls das von Zuelzer[1]) angegebene Verfahren, welches darin besteht, dass die Niere vom Rücken aus perkutiert wird und — bei grosser Übung von demselben, sonst von einem zweiten Untersucher — mittels eines gewöhnlichen Stetoskopes oder noch besser mittels eines schlauchförmigen, direkt mit dem äusseren Gehörgange in Verbindung stehenden Höhrrohres die Schalldifferenzen und damit die Nierengrenzen festgestellt werden. Wer sich bewusst ist, durch ein wie dickes Muskellager die Niere von dem Plessimeter getrennt ist, wird dieser Untersuchungsmethode mit grossem Misstrauen begegnen.

Auf all die verschiedenen Tumoren, Infiltrationen und Abscesse, die mit Wanderniere verwechselt werden könnten und oft schon verwechselt worden sind, hier näher einzugehen, gestattet der Raum dieser Arbeit nicht. Es sei hier nur darauf hingewiesen, dass im allgemeinen die Schwierigkeiten in der Theorie grösser

---

1) Berl. klin. Woch. 1887.

sind als in der Praxis, dass aber andrerseits auch Fälle vorgekommen sind, wo auch die geübtesten Diagnostiker sich geirrt haben und wo erst die Operation den wahren Thatbestand ergab.

Prognose.

In direktem Anschluss an eine Wanderniere wird nur in ganz extrem seltenen Fällen der Tod eintreten. Abgesehen von denjenigen Patienten, welche keine nennenswerten Beschwerden von ihren Wandernieren haben, bringt den meisten eine geeignete Bandage die erhoffte Besserung oder wenigstens Linderung, und für hartnäckigere Fälle ist oft die operative Therapie von Erfolg. Doch bleiben noch immer Patienten übrig, die trotz aller erdenklichen Mühe und der eingreifendsten Operation von ihrem Leiden nicht befreit werden, weder symptomatisch noch radikal. Diese letzteren Fälle sind glücklicherweise nicht häufig und so wird man im allgemeinen die Prognose günstig stellen müssen.

Therapie.

Bei den mit Wanderniere behafteten Patienten, welche ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen, wird man neben der lokalen auch eine allgemeine Behandlung einleiten. Die letztere wird sich natürlich gegen die einzelnen Folgeerscheinungen richten und ebenso vielgestaltig wie das Bild der Symptome sein müssen. Die beste lokale Therapie ist die Anwendung einer geeigneten Leibbinde, die mit einer Pelotte verbunden ist. Wie bei allen derartigen Bandagen hat man eine Unzahl von Modificationen angegeben, von

denen jede den Anspruch macht, das allein selig machende Mittel zu sein. Ohne auf all die verschiedenen Abänderungen einzugehen, sei hier nur hervorgehoben, dass es eine absolut beste Bandage nicht giebt und die Frage, welche die relativ zweckmässigste sei, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Jedenfalls möge man sich stets vor zu komplicierten Apparaten hüten; das Einfachste ist auch hier das Sicherste und das Beste.

Mit der Bandage wird man in den meisten Fällen zu dem gewünschten Ziel kommen. Für den Rest der Fälle hat man neuerdings eine radikale und oft zu definitiver Heilung führende Operation eingeführt: die Nephroraphie. Ich will hier die in jedem Handbuche der Chirurgie genauer beschriebene Operation nur kurz skizzieren. Bei Seitenlage des Patienten wird ein senkrecht von der 12. Rippe nach der Crista ossis ilei führender, die Weichteile völlig durchtrennender Schnitt geführt, die capsula adiposa incidiert und ihre Ränder durch auch die Nierensubstanz fassende Seidennähte mit der Weichteilwunde vernäht. Die Resultate dieser von Hahn angegebenen Operation hat Frank zusammengestellt. Aus seiner Statistik ergiebt sich, dass bei 21 von 39 Fällen Heilung, bei 9 entschiedene Linderung, bei 2 geringere Besserung, bei 7 kein Erfolg eintrat. Führt die Nephroraphie beim ersten Male nicht zum Ziel, so kann sie wiederholt werden, wie dies schon Hahn und zwar mit Erfolg gethan hat. Bleibt aber auch diese zweite Operation resultatlos und ist die absolute Gesundheit der anderen Niere nachgewiesen, dann wäre bei ganz desolaten Fällen

die Nephrectomie, die Exstirpation der kranken Niere in Vorschlag zu bringen. Da aber im Gegensatz zur Nephroraphie, die quoad vitam eine durchaus günstige Prognose bietet, die Nephrectomie ein das Leben des Patienten in hohem Grade gefährdender Eingriff ist, so wird man, wie gesagt, nur in ganz verzweifelten Fällen die Verantwortung für diese Operation übernehmen. Freilich hat man nach geglückter Exstirpation auch völlige Heilung — wenn man hier überhaupt von Heilung reden darf — eintreten sehen.

Fasse ich nun das Gesagte zu einer kurzen Charakteristik der Wanderniere zusammen, so ergiebt sich Folgendes: Die Wanderniere ist eine auf angeborener Disposition beruhende, durch gewisse äussere Schädlichkeiten — von denen die zur Erschlaffung des Peritonäums führenden die wichtigsten sind — hervorgerufene Dislokation der Niere, welche in einigen Fällen ohne jedes Symptom bleiben kann, in anderen zu mehr oder weniger in- und extensiven Beschwerden lokaler und allgemeiner Natur führt, im allgemeinen aber eine günstige Prognose bietet und als geeignetste Therapie eine zweckmässige Bandage oder die Nephroraphie erfordert.

Zum Schluss habe ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Mosler für die gütige Überweisung dieses Themas und die freundliche Überlassung des Materiales meinen verbindlichsten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Lebenslauf.

Franz, Paul Banner, kath. Confession, wurde am 26. Mai 1867 zu Alt-Dabrowa Kr. Bomst, Prov. Posen als Sohn des Königl. Prinzl. Niederländischen Oberförsters a. D. und Premierlieutenants a. D. Carl Banner geboren. Seine erste Ausbildung erhielt er auf der Elementarschule zu Muskau; dann besuchte er das Königl. Kath. Gymnasium zu Gr. Glogau, später das Königl. St. Matthiasgymnasium zu Breslau. Nach Erlangung des Reifezeugnisses, Ostern 1890, bezog er die Universität Breslau und verblieb daselbst 3 Semester. Während des 4. Semesters studierte er auf der Universität Greifswald und bestand am Schlusse desselben die ärztliche Vorprüfung. Darauf ging er nach Breslau zurück, um von Ostern 1894 an der Universität Greifswald seine Studien fortzusetzen. Das Examen rigorosum bestand er am 7. Mai 1894. Während der Zeit seines Studiums besuchte er die Vorlesungen bez. Kliniken folgender Herren:

Breslau:

Born, F. Cohn, Hasse, Heidenhain, Ladenburg, O. E. Meyer.

Greifswald:

Landois, Sommer.

Breslau:

Filehne, Flügge, Fränkel, Fritsch, Geppert, Groenow, Gottstein, Kast, Kaufmann, Küstner, Mester, Mikulicz, Neisser, Ponfick, Stern, Wernike.

Greifswald:

Grawitz, Helferich, Mosler, Pernice, v. Preuschen, O. Schirmer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Wanderniere ist die Nephrectomie nur in ganz verzweifelten Fällen auszuführen.

II.

Bei eingeklemmten Hernien ist anstatt complicierter Taxisversuche die möglichst frühzeitige Laparatomie indiciert.

III.

Es wäre wünschenswert, wenn die Thure Brandtsche Methode in geeigneten Fällen mehr Anwendung fände.